CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
-consapevole che l’Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,

-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

# *DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA’:*

**- di essere in possesso dei seguenti titoli**:

### TITOLI DI CARRIERA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servizi svolti in qualità di dipendente diretto di Pubbliche Amministrazioni **esclusivamente** nel profilo professionale di **Collaboratore Professionale Sanitario- TERAPISTA OCCUPAZIONALE CAT.D** (compresi i servizi prestati all’estero riconosciuti ai sensi della Legge 735/1960 e s.m.i.- allegare decreto di riconoscimento) | | | | |
| ***Pubblica Amministrazione*** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***tempo pieno o tempo parziale***  *(indicare la percentuale di part-time)* | ***cause di risoluzione*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servizi svolti in qualità di dipendente diretto di Case di cura private CONVENZIONATE o ACCREDITATE **esclusivamente** nel profilo professionale di **Collaboratore Professionale Sanitario- TERAPISTA OCCUPAZIONALE CAT.D** | | | | |
| ***Casa di cura privata convenzionata/accreditata*** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***qualifica esatta*** | ***tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

|  |
| --- |
| Elencare i titoli di studio attinenti (lauree, master) ad esclusione del titolo abilitante valido come requisito di ammissione |
| Titolo:  conseguito il: presso: |
| Titolo:  conseguito il: presso: |

### PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

|  |
| --- |
| Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia degli articoli o delle pubblicazioni |
|  |

### CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servizi prestati in qualità di dipendente di cooperative/agenzie interinali, con servizio svolto presso Pubblica Amministrazione ESCLUSIVAMENTE CON LA QUALIFICA DI **Collaboratore Professionale Sanitario- TERAPISTA OCCUPAZIONALE CAT.D** | | | | |
| ***Cooperativa/Agenzia Interinale*** | ***Ente pubblico dove viene svolta l’attività*** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Servizi svolti con rapporto libero-professionale o borsa di studio presso Pubblica Amministrazione ESCLUSIVAMENTE CON LA QUALIFICA DI **Collaboratore Professionale Sanitario- TERAPISTA OCCUPAZIONALE CAT.D** | | | | |
| ***Pubblica Amministrazione*** | ***Tipologia di rapporto (libero-professionale o borsa di studio)*** | ***data di inizio incarico*** | ***data di fine incarico*** | ***Nr. ore settimanali prestate*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Servizi prestati in qualità di dipendente presso **privato** ESCLUSIVAMENTE CON LA QUALIFICA DI **Collaboratore Professionale Sanitario- TERAPISTA OCCUPAZIONALE CAT.D** | | | |
| ***Azienda/Società*** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI  Inserire dettagliatamente l’elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, frequentati **in qualità di uditore e di relatore** | | | | | |
| ***Ente promotore del corso*** | ***Titolo del corso*** | ***Durata in giorni*** | ***Durata in ore*** | ***Date di riferimento*** | ***Uditore/Relatore*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INCARICHI DI INSEGNAMENTO CONFERITI DA ENTI PUBBLICI inserire dettagliatamente l’elenco delle docenze in materie attinenti | | | |
| ***Ente che ha conferito la docenza*** | ***Titolo della docenza/Materia*** | ***Durata della docenza*** | ***Date di riferimento*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data

Firma